

Formulário: Avaliar e classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade

NOME:	IDADE:	PESO:	COMP:	T.ÁX:	DATA:
PERGUNTAR: QUAIS OS PROBLEMAS DA CRIANÇA?				PRIMEIRA CONSULTA?	CONSULTA DE RETORNO?
AVALIAR (TRACE UM CÍRCULO AO REDOR DE TODOS OS SINAIS PRESENTES)				CLASSIFICAR	
Verificar se há sinais gerais de perigo <input type="checkbox"/> Não consegue beber ou mamar no peito <input type="checkbox"/> Vômito tudo <input type="checkbox"/> Convulsões/mov. anormais				HÁ SINAL GERAL DE PERIGO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Letárgica ou inconsciente <input type="checkbox"/> Tempo de enchimento capilar > 2 segundos <input type="checkbox"/> Batimentos de asas do nariz/gemência					
A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (CLASSIFICAR A TOSSE APÓS TRATAR A SIBILÂNCIA, SE HOUVER)					
Há quanto tempo? ____ dias		Contar as respirações em um minuto: ____ respirações por minuto. Respiração rápida? _____			
A criança está com sibilância?		Observar se há tiragem subcostal Verificar se há estridor ou sibilância			
Há quanto tempo? ____ dias		Está: letárgica ou sempre agitada / normal com períodos de agitação			
Primeira crise? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		FR: ____rpm. Tem respiração rápida?			
Em uso de broncodilatador adequadamente há 24h.		Verificar se há dificuldade respiratória: fala uma ou outra palavra; Não consegue chorar/choro curto; fala/choro entrecortado Verificar se há tiragem: universal / subcostal Verificar se há estridor /sibilância Classificar a sibilância antes de tratar			
		Sat O ₂ : (≤ 90%) (91% – 95%)			
A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Há quanto tempo? ____ dias		Letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada?			
Há sangue nas fezes?		Observar se os olhos estão fundos			
		Oferecer líquidos à criança. A criança:		Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior	
		<ul style="list-style-type: none"> • Não consegue beber ou bebe muito mal? • Bebe avidamente, com sede? 		<ul style="list-style-type: none"> • Muito lentamente (mais de 2 seg.)? • Lentamente? 	
A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (DETERMINADA PELA ANAMNESE/QUENTE AO TOQUE/ TEMPERATURA ≥ 37,5°C) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Determinar o risco de malária: área sem risco				Observar/palpar:	
Área com risco: gota espessa/teste rápido, se positivo especifique: _____				Rigidez de nuca	
Há quanto tempo? ____ dias				Petéquias	
Se há mais de cinco dias: houve febre todos os dias? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Abaulamento de fontanela	
A CRIANÇA ESTÁ COM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Está com dor de ouvido?		Observar se há secreção purulenta no ouvido			
Há secreção no ouvido?		Palpe para determinar se há tumefação dolorosa atrás do ouvido			
Se houver: há quanto tempo? ____ dias		*use otoscópio sempre que possível			
A CRIANÇA ESTÁ COM DOR DE GARGANTA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Verificar presença de gânglios cervicais aumentados e dolorosos					
Observar a garganta: Presença de abaulamento de palato					
Amígdalas com membrana branco-acinzentada					
Amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato.					
Presença de vesículas e/ou hiperemia de garganta					

A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO OU ANEMIA.		
Observar se há emagrecimento acentuado. Verificar se há edema em ambos os pés. Observar se há palidez palmar: Leve/ Grave	Determinar o peso para idade: muito baixo / baixo / elevado / adequado Avaliar se há ganho insuficiente de peso # Evolução nas curvas de crescimento	
VERIFICAR A SITUAÇÃO DAS VACINAS DA CRIANÇA. TRAÇAR UM CÍRCULO EM TORNO DAS VACINAS A SEREM DADAS HOJE		PRÓXIMA VACINA
BCG HEP B PENTA1 VIP1 VORH1 PNM101 MNGC1 PENTA2 VIP2 VORH2 PNM10 ² MNGC ² PENTA3 VOP3 PNM10 ³ GRIPE FA HEP A TETRA V SRC MNG C(R) PNM10(R) VOP(R) DTP VARICELA		
AVALIAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA (se anemia, peso muito baixo, peso baixo, ganho de peso insuficiente, peso elevado, diarreia persistente ou menores de 2 anos de idade) # Avalie a pega/posição na amamentação		PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO:
Está amamentando o seu bebê? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quantas vezes em 24 horas? _____ vezes Amamenta à noite? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não A criança recebe algum outro tipo de alimento ou líquidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Qual? _____ Como prepara? _____ Que quantidade? _____ Quantas vezes/dia? _____ vezes. Como oferece? Mamadeira <input type="checkbox"/> Copo <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Recebe sua própria porção? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem alimenta a criança? _____ Durante a doença, houve mudança na alimentação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se houve, quais? _____		
AVALIAR A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA PELA CRIANÇA (SE PESO ELEVADO PARA A IDADE/ RISCO DE SOBREPESO)		
Quantas vezes por semana pratica atividade física? ____ vezes. Por quanto tempo? _____ Permanece quanto tempo por dia assistindo televisão ou utilizando videogame, computador ou telefone? _____		
Avaliar o desenvolvimento (ver Caderneta da Criança / Manual de Quadros) Avaliar possibilidade de violência (ver Manual de Quadros) Avaliar outros problemas e as doenças de notificação compulsória:		

